

RECONSTRUCTION PAR FIBULA NON VASCULARISEE D'UN KYSTE OSSEUX ANEVRYSMAL DE L'HUMERUS CHEZ L'ENFANT

Moh EN, Aguehoundé C, Aké YL, Kéita A, Kotaix L.

Service de chirurgie pédiatrique CHU de Cocody- Abidjan BP V 13 Abidjan Côte d'Ivoire

Tel: (225)-22-48-10-00 p. 6548/ Fax: (225)-22-44-13-79

Tirés à part : Dr Moh Ello Nicolas Maître-Assistant 04 BP 943 Abidjan 04 Côte-d'Ivoire Mobile :(225)-09-52-30-75 email: nmoh3@yahoo.fr

RESUME

Le kyste osseux anévrysmal est une dystrophie osseuse pseudo-tumorale qui représente 1,5 à 4% des tumeurs osseuses bénignes.

Nous rapportons l'observation d'un volumineux kyste anévrysmal de la métaphyse humérale supérieure gauche chez un enfant de 7 ans découvert à l'occasion d'une fracture pathologique itérative. Il a été pratiqué une exérèse sous périostée du kyste avec reconstruction par transfert de fibula non vascularisé. Les résultats fonctionnel et anatomique ont été satisfaisant à 1 an de recul. L'exérèse kystique épargnant le cartilage de croissance avec reconstruction par fibula non vascularisé est indiquée pour le traitement du kyste anévrysmal agressif des os longs.

Mots clés : Kyste osseux anévrysmal- Humérus- Enfant- Fibula

SUMMARY

Aneurysmal bone cyst is a pseudotumoral bone dystrophy which accounts for 1.5 to 4% of benign bone tumours.

We report the case of a bulky aneurysmal cyst of the left superior humeral metaphysis in a seven year old child revealed by a repeated pathologic fracture. Exeresis of the cyst was performed with reconstruction by a non vascularized fibula. After a follow up of one year the patient recovered safely with normal range of motion and anatomically. The cystic exeresis sparing the growth cartilage with fibula graft is indicated in the management of active and aggressive aneurysmal cyst of long bones.

Key words: Aneurysmal bone cyst -Child -Humerus - Fibula

INTRODUCTION

Le kyste osseux anévrysmal (KOA) est une dystrophie osseuse qui représente 1,5 à 4% des tumeurs osseuses bénignes [1]. Elle est constituée de multiples lacunes hématiques séparées par des cloisons conjonctives porteuses d'ostéoclastes et d'une ostéogenèse réactionnelle [2]. La localisation métaphysaire du KOA expose à des difficultés thérapeutiques en raison de la proximité du cartilage de croissance et de l'extension locale. Nous présentons un cas de KOA de l'extrémité proximale de l'humérus traité avec succès.

OBSERVATION

L'enfant D.M. âgé de 7 ans sans antécédents particuliers a été admis en consultation en Mai 2007 pour fracture pathologique métaphysaire supérieure de l'humérus gauche. La radiographie initiale montrait une lésion osseuse lytique avec un aspect trabéculé et un trouble du modelage à type de ballonisation et amincissement des corticales. Le scanner, l'IRM de même que la biopsie n'ont pu être pratiquées

Le diagnostic de kyste osseux anévrysmal a été retenu sur l'aspect radiographique typique.

Un traitement orthopédique conservateur a été alors entrepris fait d'une immobilisation plâtrée. Un suivi clinique et radiologique a été institué mais non respecté par les parents.

Un an plus tard, le patient a été revu à l'occasion d'une fracture pathologique itérative

de l'humérus gauche avec une extension importante de la lésion (figure 1)

Il a été alors pratiqué une résection sous périostée du kyste emportant les 2/3 supérieurs de l'humérus gauche et épargnant le cartilage de croissance. La reconstruction osseuse a été effectuée par un transfert de fibula non vascularisé associé à des greffons spongieux (Figure 2, Figure 3). L'ostéosynthèse a été assurée par embrochage centromédullaire élastique par deux broches de Kirschner 18/10^e. Les suites opératoires ont été marquées par une paralysie radiale spontanément résolutive en quatre semaines.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de kyste osseux anévrysmal.

A un an de recul l'intégration du greffon osseux est satisfaisante (Figure 4), les résultats fonctionnels sont excellents et il n'y a pas de signes d'épiphysiodèse ni de récurrence.

COMMENTAIRES

Le kyste osseux anévrysmal (K.O.A.) est une dystrophie osseuse pseudo tumorale isolée dans 70% des cas [3]. Elle serait due à une fistule artério-veineuse secondaire à une lésion préexistante l'hyperpression ainsi crée entrainerait une résorption osseuse adjacente [4]. Pour d'autres auteurs [5], le K.A.O. est une entité primitive avec modification kystique ou hémorragique.

Les os longs sont atteints dans 65% des cas et l'humérus est au 3^{ème} rang après le tibia et le fémur [3]. Pour Dutoit [6] le diagnostic primaire

est posé par l'imagerie conventionnelle. Le diagnostic différentiel est celui d'une lésion ostéolytique métaphysaire (kyste osseux solitaire, tumeur à cellules géantes, ostéoblastome, hémangiome, chondroblastome, fibrome chondromixoïde et ostéosarcome tégangiectasique). Les autres explorations d'imagerie (scanner, IRM) si on en dispose, sont nécessaires voire indispensables au diagnostic [6]

Dans tous les cas la biopsie s'avère nécessaire vu la fréquence des K.O.A «symptômes» (30%) d'une autre lésion [3,6].

Le siège du kyste, son volume et son degré d'agressivité déterminent la tactique chirurgicale. Le curetage simple avec ou sans greffe osseuse comporte un risque de récurrence dans 20 à 30% des cas [6]. La résection sous périoste en zone saine avec reconstruction par greffon osseux fibulaire reste le traitement de choix dans les localisations métaphysaires et comporte un moindre risque de récurrence (10%) [6]. Il faut alors réaliser un compromis entre risque non négligeable de récurrence et la survenue d'une épiphysiodèse par lésion du cartilage de croissance. Pour Bollini [3] une récurrence est plus facile à traiter qu'une épiphysiodèse.

Dans notre observation, à 12 mois de recul il n'a pas été noté de récurrence ni de signes d'épiphysiodèse. D'autres méthodes non chirurgicales ou adjuvantes au traitement chirurgical telles que l'embolisation, l'injection d'Ethibloc, d'alcool, de moelle osseuse et la cryochirurgie sont utilisées avec plus ou moins de succès en fonction des localisations et selon les séries [3].

CONCLUSION

La résection sous périoste en zone saine avec reconstruction par greffon osseux fibulaire reste le traitement de choix dans la localisation métaphysaire humérale supérieure du kyste osseux anévrysmal. Le pronostic généralement bon de ces tumeurs est cependant lié à leur localisation et au degré d'agressivité.

RÉFÉRENCES

1. Yousri B, Aboumaarouf M, El Andaloussi M. Aneurysmal bone cyst in children :17 cases. Rev Chir orthop rep app mot 2003;89:338-45.
2. Cottalorda J, Bollini G, Panuel M, Scheiner C, Jouve JL, Labrier C, Bouyala J M. Le kyste anévrysmal des os chez l'enfant. Rev Chir Orthop 1993 ;79:272-280.
3. Bollini G, Panuel M, Jouve JL, Scheiner C, Toth C, Lemaire P, Jacquemier M. Kyste anévrysmal. In: Lascombes P, Lefort G, eds. Les tumeurs osseuses bénignes de l'enfant. Montpellier : Sauramps Médical, 1996 :157-172.
4. Biesecker JL, Marcove RC, Huvos AG, Mike V. Aneurysmal bone cyst. Cancer 1970 ; 26 : 615-625.
5. Campanacci M, Capanna R, Picci P. Unicameral and aneurysmal bone cyst. Clin orthop 1986;204:25-36.
6. Dutoit M, Kaelin A, Jundt G, Siebenrock K, Von Hochstetter A, Hefti G. Kyste osseux anévrysmal Forum Méd Suisse 2007;7:371-374.
7. Capanna R, Bettoli G, Biagini R, Ruggieri P, Bertoni F, Campanacci M. Aneurysmal cysts of long bones. Ital J Orthop Traum 1985;4:410-417.



Figure 1 :Radiographie comparative pré opératoire
Figure 1: Pre operative comparative X-ray



Figure 2 : Radiographie post opératoire immédiate
Figure 2: Immediate post operative X-ray



Figure 3 : Radiographie au 3^{ème} mois post opératoire
Figure 3 : X-ray third month later



Figure 4 Radiographie à un an post opératoire
Figure 4 : X-ray one year later